

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida para la Solicitud de Asistencia Financiera de FANF

Usted presentó una solicitud para recibir ayuda del programa de Asistencia Financiera para Familias Necesitadas (FANF, por sus siglas en inglés). Según las reglas de FANF, usted debe tener un trabajo o estar cursando estudios o alguna capacitación que lo preparen para trabajar. Esta parte de FANF se llama Programa de Empleo de New Hampshire (NHEP, por sus siglas en inglés).

Nos informó que su problema de salud (o el de un miembro de su hogar) le dificulta mucho el cumplimiento del programa NHEP. Necesitamos información para saber si su problema de salud (o el de un miembro de su hogar) es lo suficientemente grave para limitar o poner fin a sus actividades del programa NHEP. Debe completar dos formularios para que el DHHS pueda obtener esta información.

Lea el primer cuadro si usted tiene el problema de salud. Lea el segundo cuadro si un miembro de su hogar tiene el problema de salud. Luego, lea la información debajo de los cuadros.

¿Qué sucede si no puede cumplir con el programa NHEP porque usted tiene un problema de salud?

1. Lea y firme la otra cara de este formulario para permitirle a su prestador de servicios médicos que comparta información de salud con el DHHS (o con una empresa que trabaje para este). Entregue este formulario firmado a su prestador de servicios médicos.
2. También entregue el Formulario 752, *Declaración del prestador de servicios médicos de capacidades para la asistencia financiera de FANF*, a su prestador de servicios médicos. Su prestador de servicios médicos debe completar y firmar dicho formulario para informar al DHHS sobre su problema de salud. Su prestador de servicios de médicos nos lo devolverá luego de completarlo.

Es su responsabilidad entregar este formulario (Formulario 752A) y el Formulario 752 a su prestador de servicios médicos.

¿Qué sucede si no puede cumplir con el programa NHEP porque un miembro de su hogar tiene un problema de salud?

¿Quiénes califican como miembros del hogar? Las personas que viven en el mismo lugar que usted y que son familiares o miembros de su grupo de asistencia de FANF cuentan como miembros del hogar.

1. Pídale al miembro de su hogar que lea y firme la otra cara de este formulario para permitirle al prestador de servicios médicos de este que comparta información de salud con el DHHS (o con una empresa que trabaje para este). Entregue este formulario firmado al prestador de servicios médicos del miembro de su hogar. (Si el miembro de su hogar es su hijo/a, usted puede leer y firmar este formulario en su nombre).
2. También entregue el Formulario 752HH, *Declaración del prestador de servicios médicos de atención necesaria para un miembro del hogar de FANF*, al prestador de servicios médicos del miembro de su hogar. El prestador de servicios médicos debe completar y firmar ese formulario para informar al DHHS sobre el problema de salud del miembro de su hogar y sobre el tipo de ayuda que este necesita de su parte. El prestador de servicios de médicos nos lo devolverá luego de completarlo.

Es su responsabilidad entregar este formulario (Formulario 752A) y el Formulario 752HH al prestador de servicios médicos del miembro de su hogar.

Información importante:

- Si ya es parte del programa NHEP, debe continuar con sus actividades del NHEP hasta que el DHHS reciba el Formulario 752 de parte de su prestador de servicios médicos (o el Formulario 752HH de parte del prestador de servicios médicos del miembro de su hogar) y decida si el problema de salud dificulta las actividades del NHEP.
- Si solicita la asistencia de FANF por primera vez o si lo está haciendo nuevamente, tiene **10 días calendario** desde su fecha de elegibilidad para obtener la firma de su prestador de servicios médicos Y para que este envíe el Formulario 752 o 752HH al DHHS. (Puede encontrar su fecha de elegibilidad en su Notificación de Elegibilidad para FANF).
- Infórmele a su prestador de servicios médicos que debe enviar el Formulario 752 o 752HH al DHHS dentro de 10 días calendario o, de lo contrario, usted deberá realizar actividades del NHEP.
- Si no recibimos el Formulario 752 o 752HH del prestador de servicios médicos dentro de los 10 días calendario, recibirá una carta con la fecha y la hora de la cita de NHEP a la que debe asistir.
- Si el prestador de servicios médicos escribe en el Formulario 752 o 752HH que usted puede realizar actividades del NHEP, recibirá una carta con la fecha y la hora de la cita de NHEP a la que debe asistir.
- Infórmenos si tiene problemas para que el prestador de servicios médicos complete y envíe el Formulario 752 o 752HH.
- Si tiene preguntas, llame a la Unidad de Exención Médica del DHHS al 1-800-852-3345, ext. 9511, opción 2.

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida para la Solicitud de Asistencia Financiera de FANF

Nombre del solicitante/beneficiario de FANF	N.º de Identificación del Beneficiario (RID)
Nombre del miembro del hogar, si corresponde	N.º de caso

Objetivo de la divulgación: Este formulario de autorización es para permitir (autorizar) que su prestador de servicios médicos brinde (revele o divulgue) parte de su información protegida de salud al DHHS para participar en el programa de asistencia en efectivo de FANF.

El **Formulario 752** es el que debe entregar a su prestador de servicios médicos si se siente mal y cree que no puede realizar las actividades del NHEP. El DHHS usa la información de salud incluida en el Formulario 752 para determinar si usted puede realizar actividades del NHEP, como ir a clases o trabajar. El Formulario 752 incluye preguntas sobre su problema de salud, cómo lo afecta, cuándo comenzó y cuánto tiempo podría durar.

El **Formulario 752HH** es el que debe entregar a su prestador de servicios médicos si se siente mal y el miembro de su hogar que solicitó o ya recibe asistencia de FANF ayuda a cuidarlo/a. El Formulario 752HH incluye preguntas sobre su problema de salud, cuándo comenzó, cuánto tiempo podría durar y el tipo de cosas que el miembro de su hogar hace para ayudarlo/a.

Si firma este formulario, autoriza a su prestador de servicios médicos a darle al DHHS (o a una empresa que trabaja para este) la información que se le solicita en el Formulario 752 o 752HH. No tiene la obligación de firmar este formulario. Sin embargo, si no lo hace, su prestador de servicios médicos no podrá compartir su información de salud, y es posible que usted (o el miembro de su hogar) no obtenga una exención (un motivo de salud para no realizar algunas o todas las actividades del NHEP).

Marque todas las que apliquen:

- Autorizo al prestador de servicios médicos indicado aquí a compartir información protegida de salud sobre mi problema de salud. (Ver Formulario 752 o 752HH para conocer los tipos de prestadores que pueden completar estos formularios).

Nombre del prestador de servicios médicos: _____

Empresa: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

- Autorizo a mi prestador de servicios médicos a compartir la información incluida en el Formulario 752 o 752HH sobre mi problema de salud, cómo me afecta y el tipo de tratamiento que recibo (y del Formulario 752HH, cómo afecta al miembro de mi hogar que me cuida).
- Algunos tipos de información de salud son extraprotegidos. Si desea compartir este tipo de información, marque esta casilla y escriba sus iniciales en la línea o las líneas que desea compartir.

_____ Deseo compartir información sobre mi tratamiento de salud mental.

_____ Deseo compartir información sobre mi tratamiento de trastorno de uso de sustancias.

(La ley federal/el Código de Regulaciones Federales, Título 42, Parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros).

_____ Deseo compartir información sobre mi tratamiento de VIH o SIDA.

- Autorizo el envío de la información protegida de salud incluida en el Formulario 752 o 752HH al siguiente destinatario: DHHS—Medical Exemption Unit, 129 Pleasant St., Brown Bldg., Concord, NH 03301. Fax: (603) 271-4637.

Las leyes federales sobre privacidad establecen que un formulario como este debe informar que si lo firma y se comparte (divulga) su información de salud, debe saber que es posible que la información vuelva a compartirse (redivulgarse). Sin embargo, el DHHS no compartirá su información de salud.

¿Qué sucede si cambia de opinión? Después de firmar este formulario, puede anular su permiso escribiendo una nota al DHHS. Sin embargo, es posible que el DHHS reciba la nota después de que su prestador de servicios médicos comparta la información.

¿Cuándo finaliza mi autorización? Finalizará un año después de la fecha en que firme este formulario (o antes, si lo solicita).

Firme con su nombre y la fecha de hoy para autorizar a su prestador de servicios médicos a compartir la información de salud que se solicita en el Formulario 752 o 752HH.

Firma del solicitante/beneficiario de FANF, miembro del hogar o representante legal
debidamente autorizado

Fecha